



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501  
http://www.zol.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do SIWZ

.....  
/pieczęć adresowa firmy/

## FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:

**Zakład Opiekuńczo – Leczniczy  
w Krakowie  
ul. Wielicka 267  
30-663 Kraków**

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie kompleksowej usługi pralniczej obejmującej pranie i czyszczenie bielizny szpitalnej i odzieży oraz innych wyrobów wymagających prania - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

brutto: .....zł (za kilogram).

słownie: .....

Ponadto:

1. Oświadczamy, że uważamy się **za związanych** niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do zawarcia umowy **w miejscu i terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oferta została złożona na .....**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr .....do nr .....
4. Niniejszym informujemy, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od..... do..... stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.





Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501  
http://www.zol.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

5. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest.....  
tel:....., fax:....., e-mail:.....
6. Posiadamy następujący numer konta bankowego:.....,  
numer NIP:..... oraz numer REGON:.....
7. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy .....  
.....  
*(wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą jako osoby fizyczne)*
8. **Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 40 / 50 / 60 dni.**
9. **Zobowiązujemy się do wydania pościeli w terminie 3 / 7 / 10 / 14 dni.**
10. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

- 1/.....
- 2/.....
- 3/.....
- 4/.....
- 5/.....
- 6/.....
- 7/.....

.....  
/ Miejsowość i data/

.....  
/podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)  
do reprezentowania Wykonawcy/

**W punkcie nr 8 należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje.**

**W punkcie nr 9 należy przekreślić w wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin w jakim Wykonawca zobowiązuje się wydać Zamawiającemu pościel.**

